In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

.Net

LA FACULTÉ

SEEK KNOWLEDGE

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

REACTIONS PSYCHOLOGIQUES DU MALADE ET SA FAMILLE FACE A L'HOSPITALISATION

Pr. EH. ADJA – Pr. M. TEDJIZA*
(*) EHS DRID Hocine Kouba

Les progrès de la médecine expérimentale imposent souvent de nos jours, soit pour un examen complet, soit pour la mise en œuvre de procédés thérapeutiques nécessitant des installations techniques de plus en plus sophistiquées, l'hospitalisation des malades.

Les réactions des malades à l'hospitalisation sont déterminées par un ensemble de représentation plus ou moins consciente de la maladie, de l'hôpital, de l'hospitalisation que nous réunirons sous l'appellation :

1 - VECU DE L'HOSPITALISATION :

1 - 1 - L'hospitalisation signe l'approche de la mort que ce soit à l'occasion d'un bilan révélateur, l'état de malade est une situation nouvelle dans laquelle l'individu se trouve brusquement confronté avec la douleur, l'impuissance et aussi la mort. S'il est hospitalisé, s'est souvent parce que son cas est grave ou demeure incompréhensible, ce qui amplifie l'angoisse de la mort déjà présente.

L'annonce de la nécessité d'une intervention chirurgicale est toujours vécue comme une menace de mort, la situation d'hospitalisé peut être vécue comme un signe de déchéance ; de nos jours, l'hôpital réuni des malades appartenant à toutes les couches sociales. Ce n'était pas le cas il y a quelques décennies encore.

En effet, au départ, les hôpitaux, les hospices, les asiles étaient destinés sans différence aux pauvres et aux malades. Ils étaient destinés à soulager la misère et la souffrance humaine mais aussi la mettre en écart, à éloigner du regard cette tranche de la population honteuse et gênante. Les soins apportés aux pensionnaires de ces institutions étaient les actes de charités et non des soins proprement médicaux. Ce n'est que progressivement avec le développement des sciences et notamment de la médecine que ces établissements ce sont spécialisés et sont devenus des structures de santé réservées exclusivement aux malades.

La gratuité des soins dans notre pays, l'absence d'établissement de soins privés peuvent entretenir dans l'inconscient collectif, l'idée que l'hospitalisation constitue une atteinte à la dignité humaine et signe de déchéance.
Au cours de l'hospitalisation, le patient est confronté à un sentiment de dépersonnalisation.
A l'hôpital, le patient ne choisit pas son médecin, ou même il a affaire à plusieurs médecins qu'il n'a pas choisis. Entre l'interne, le résident, l'assistant, le professeur, les spécialistes ou techniciens divers, le malade perdu, ne sait pas qui le soigne, à qu'il a affaire, tout tend à le dépersonnalisation.
Le malade d'hôpital est un "cas" une "pathologie" est non une personne, pour la simplification des services infirmiers et hôteliers, on a tendance à le désigné par le

numéro de son lit. De nos jours, les nécessités d'une médecine scientifique imposent une spécialisation telle que chaque médecin tend à devenir le médecin d'un appareil.

Trop souvent, le contact médecin - malade se borne à une "prise d'observation" par un jeune interne qui s'efforce en un " interrogatoire" aussi précis que possible, à n'omettre aucun élément utile pour "diagnostic".
Les examens complémentaires sont demandés afin d'établir un "dossier" sensé suffisamment complet pour éviter de "passer à côté" d'un diagnostic.

Le souci de chercher une maladie à laquelle on opposera une thérapie, la crainte de méconnaître un "signe" important amené souvent à un véritable "abus" d'exploitation, des plus pénibles parfois.
Le traitement, inspiré du même désigne de se couvrir contre un oubli, comporte une avalanche de prescriptions, d'autant plus nombreuses que le résident ou l'assistant qui les formule et plus jeune.
Il arrive très souvent qu'un malade hospitalisé ne sache ni qui l'a opéré, ni de quoi il a été opéré. En d'autres termes, à l'hôpital, le médecin à tendance de soigner des malades et non des malades.

1 – 2 – Insécurité et solitude sont des sentiments que connaissent tous les patients hospitalisés, particulièrement quand il s'agit d'une première hospitalisation. Le personnel hospitalier a souvent des difficultés à s'imaginer ce que l'expérience de l'hospitalisation représente pour la majorité des patients les procédures d'admissions. L'odeur souvent peu familiale, la vue de personne malade, etc. ne sont sûrement pas susceptible de diminuer l'anxiété déjà crée par l'état du malade. De plus, affairé du personnel qui semble souvent ignoré le nouveau patient, le laisse dans l'incertitude quant à sa situation présente et à son avenir prochain. L'endroit est nouveau pour lui, il ne connaît pas le personnel et doit en plus lui porter sa confiance, il devra parfois s'adapter à son compagnon de chambre, etc. Les efforts d'adaptation, de même que l'impossibilité de toujours confier ses inquiétudes suscite un sentiment de solitude.
Il aurait probablement plusieurs questions à poser, mais elle demeure sans réponse parce qu'il ne sait pas à qui les adresser.

2 – <u>REACTION DU MALADE A L'HOSPITALISATION</u> :

Il est difficile de dissocier les réactions du malade à sa maladie de ses réactions à l'hospitalisation. Ces deux réactions sont intimement liées. Les principales attitudes réactionnelles ou de défense que tout malade est susceptible d'adopter face au traumatisme de la maladie et de l'hospitalisation sont:

2 – 1 – <u>L'adaptation</u> : Elle est évidemment la réaction que le soignant souhait et attend du patient. Nous entendons par l'adaptation, non pas une acceptation passive et une soumission aux contraintes de l'hospitalisation, mais une attitude souple et équilibrée sans pour autant se désorganiser. En fait, il accepte de renoncer à son indépendance, à ses activités habituelles etc. …

Pour se laisser soigner, il accepte la régression acceptable par tous, suffisant pour accepter la dépendance nécessaire, mais assez contrôlé pour ne pas s'y

abandonner et y satisfaire des besoins pour lesquels il n'aurait pas trouvé d'issue entant que sujet sain.

Ce type de patient accepte assez facilement les contraintes d'un traitement médicamenteux, des examens complémentaires, fera des efforts lors de la rééducation par exemple, etc. …son objectif est celui d'une guérison rapide pour le retourner le plus tôt à son domicile.

2 – 2 – <u>La dépression</u> : Elle est fréquente, la maladie étant vécue comme une atteinte de l'image idéale de soi, l'hospitalisation vient confirmer et aggraver cette blessure. Le sujet fait le deuil de son image de sujet sain. Il éprouve un sentiment de dévalorisation, d'incomplétude auquel peut s'ajouter un sentiment de fatalité avec abandon de tout projet et de souhait et une absence de révolte.

2 – 3 – <u>La recherche de la passivité et du maternage</u> : Dans certains cas, la survenue d'une maladie fait réagir l'entourage familial. On s'inquiète de l'état du malade, on lui rend visite. D'une situation d'isolement, le patient passe à une situation de valorisation.

Dans d'autres cas, l'hospitalisation permet au patient de se soustraire à une vie familiale particulièrement frustrante et / ou conflictuelle. Il n'est pas question alors de perdre les privilèges acquis par l'intermédiaire de la maladie et de l'hospitalisation. Même s'il va mieux, le sujet le dissimuler. Il tendra de prolonger au maximum son hospitalisation afin de profiter le plus longtemps possible de son statut de personne malade.

2 – 4 – <u>La formation réactionnelle agressive et projective</u> : Le malade considère consciemment que la maladie est une attaque vécue de l'extérieure. On lui veut du mal, on l'a mal soigné, soigné, voire ce sont les soins qui sont responsable de ses troubles. Il se plaint du service. Il se plaint du service hôtelier, se plaint d'être dérangé la nuit par tel malade qui gémit, cette réaction qui est bien désagréable pour le personnel soignant constitue souvent une réponse positive dans l'évolution de la maladie.

En effet, une attitude agressive et revendiquante témoigne de la difficulté du patient a accepter sa dépendance, mais cela peut être le seul moyen pour lui de "sauver la face" et d'accepter les soins.

3 – <u>REACTIONS DE LA FAMILLE</u> :

La maladie est plus encore l'hospitalisation, ne concerne que très rarement un individu isolé. C'est souvent le groupe familial, voire le groupe social tout entier qui en est affecté.

La vie de la famille est déséquilibrée par la maladie et l'hospitalisation de l'un de ses membres, car non seulement il faut lui rendre visite, veillez à son régime alimentaire

et à son hygiène corporelle et vestimentaire qui peut être plus ou moins compliqué selon le cas du malade, mais encore il faut se charger des tâches qui lui revenaient.

La maladie de la mère est particulièrement perturbante, son absence désorganise la vie du foyer, l'introduction d'une tierce personne pour la remplacer contribue à désorganiser les relations intra – familiales.

Les réactions de la famille à l'hospitalisation, peuvent prendre deux formes principales en fonction de la place qu'occupe le patient à l'intérieur de la famille.

3 – 1 – L'adaptation : la famille accepte de fonctionner selon un nouvel équilibre pour permettre au patient de se faire soigner. L'hospitalisation est acceptée, les membres de la famille s'organisent pour prendre en charge le malade. Il s'agit d'une maladie ou d'un handicap chronique, celui – ci s'est intégré dans un nouveau mode de fonctionnement ou les aménagements sont introduits pour permettre une vie familiale équilibrée puisse continuer.

3 – 2 – Le rejet du malade : il s'agit d'un sujet faiblement investi sur le plan affectif au soin de sa famille ou source de conflit. Il est déjà rejeté par les siens, l'hospitalisation permettre à la famille de concrétiser ce sujet. Ces patients reçoivent très peu ou pas du tout de visite. Il arrive souvent qu'aucun membre de la famille ne vienne les chercher le jour de la sortie.

Il s'agit d'un autre cas, d'un patient qui est rejeté par la famille à la suite de la maladie ou du handicap. Il constitue à l'image idéale de la famille, il est rejeté, il est considéré dorénavant inapte, plus ou moins conscient, remplir son rôle au soins de la famille où une charge que la famille refuse de supporter.

4 – APPLICATION DE QUELQUES PRINCIPES DE PSYCHOLOGIE MEDICALE AU MILIEU HOSPITALIER :

Des mesures relativement simples peuvent être prises pour atténuer l'effet stressant et désorganisateur de l'hospitalisation pour le sujet malade.

Trois grands principes doivent en permanence guider l'attitude des soignants quelque soit la nature de leur fonction.

4 – 1 – Personnaliser la relation pour éviter l'inconnu anxiogène l'accueil, par exemple, est un moment où le malade est particulièrement vulnérable. Les paroles et les attitudes à son égard prendront de ce fait une importante très grandes pour le blessé ou au contraire l'apaiser.

Il peut suffire de serrer la main, de se nommer, d'expliquer la nature et les raisons des différentes démarches pour que le climat psychologique change notablement et que l'angoisse s'apaise.

4 – 2 – Garder présente à l'esprit la fonction "organisatrice" du soignant, en étant cohérent dans son attitude et en explicitant le sens de ce qu'on fait.

4 – 3 – Permettre au malade d'avoir un rôle actif, ne serait – ce qu'on rendant possible des questions, l'application de ces principes permet au soignant de jouer son rôle de gardien et de restaurateur du narcissisme menacé de son patient.